

FAX送信



公益財団法人

震災復興支援 放射能対策研究所

〒963-8202

福島県石川郡平田村大字上蓬田字大隅30

TEL0247-57-5012

Research Institute of Radiation for Disaster recovery support

甲状腺(超音波・血液)検査申込書

必要事項をご記入の上、送信下さい

送信先: 0247-57-5006

お申込み日から日程調整のご連絡まで数ヶ月お時間がかかる場合がございます。あらかじめご了承ください。

送信日 年 月 日

フリガナ				
氏名	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生年月日	T・S・H (満 歳)	T・S・H (満 歳)	T・S・H (満 歳)	T・S・H (満 歳)
性別	男性・女性	男性・女性	男性・女性	男性・女性
住民票がある市町村名				
現住所	〒	〒	〒	〒
避難前住所				
電話番号 (携帯番号)				
当財団において 内部被ばく検査実施 有・無 (検査日)	有・無 (H 年 月 日)	有・無 (H 年 月 日)	有・無 (H 年 月 日)	有・無 (H 年 月 日)

日程調整のご連絡を差し上げる方の氏名の口に✓をお願いいたします。

※1.甲状腺検査は、完全予約制で実施いたします。

※2.採血項目は、「TSH、FT3、FT4、HTg、TgAb、TPOAb」の6項目です。
採血結果が出るまで、1週間～10日程度かかりますので
事前にエコー検査・採血をして頂き、医師の診察となります。
(血液検査対象は小学生以上となります。)

※3.ホールボディカウンタによる内部被ばく検査を6ヶ月以内に受診していない方・未実施の方は、検査当日に
受検して頂きます。あらかじめご了承ください。

交通案内

